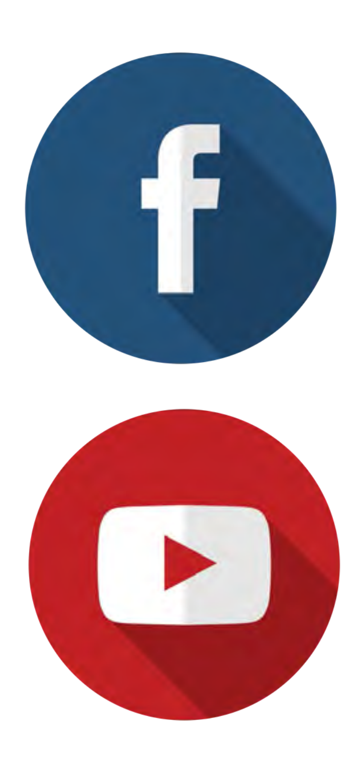
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Fractures de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant bras

A.BENAMIROUCHE

cours externes 5eme année 2017

Fractures de la tête radiale



FRACTURE DE LA TETE RADIALE

- Trait de fracture situé au dessus de la tubérosité radiale
- Fracture articulaire



2 difficultés

Diagnostiquer les fractures peu déplacées

Dépister une éventuelle lésion des parties molles associée

- Ligament collatéral médial
  - Membrane interosseuse et art. RUD

Généralités

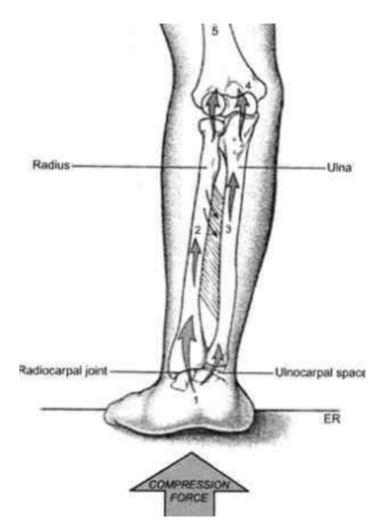
- fractures les plus fréquentes de l'extrémité supérieure du radius chez l'adulte.
- Le diagnostic n'est pas toujours facile, notamment dans les formes peu déplacées où les signes cliniques peuvent être discrets.
- Le traitement dépend de l'importance de la fracture; il va du simple traitement fonctionnel à la prothèse de tête radiale.

Mécanisme



INDIRECT : le plus souvent chute sur la paume de la main, le membre supérieur étant dans une position variable de **FLEXION** du Coude et de **PRONO-SUPINATION** de l'avant-bras

- La tête radiale joue le rôle de butoir osseux ,qui est écrasée par un mécanisme de "casse-noix" entre la diaphyse radiale et le condyle huméral



DIRECT: rare sur la tête radiale ou sur l'ulna, qui se fracture d'abord, puis fracture le radius

Diagnostic

- Le traumatisme est le plus souvent indirect, à type de chute sur la main le coude en extension,
- chez un homme jeune entre 30 et 40 ans.
- L'examen trouve une douleur provoquée à la palpation de la tête radiale et à la mobilisation

  de celle-ci dans les mouvements de prono-supination.
- Un œdème situé à la partie postéro-latérale du coude est quelquefois présent

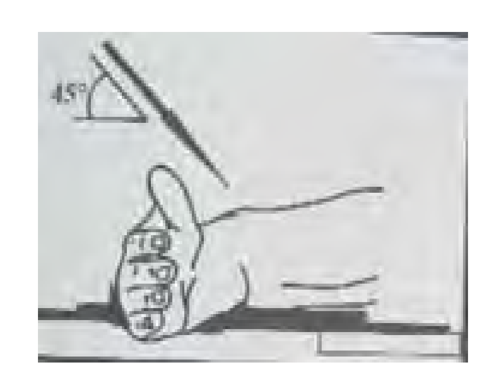
Bilan radiographique

- Cliches centrés sur l'interligne articulaire
- Clichés de face en supination +/- à différents degré de pronation-supination
- Cliché de profil coude fléchi à 90°, en supination
- +/- incidence oblique radio-capitellum







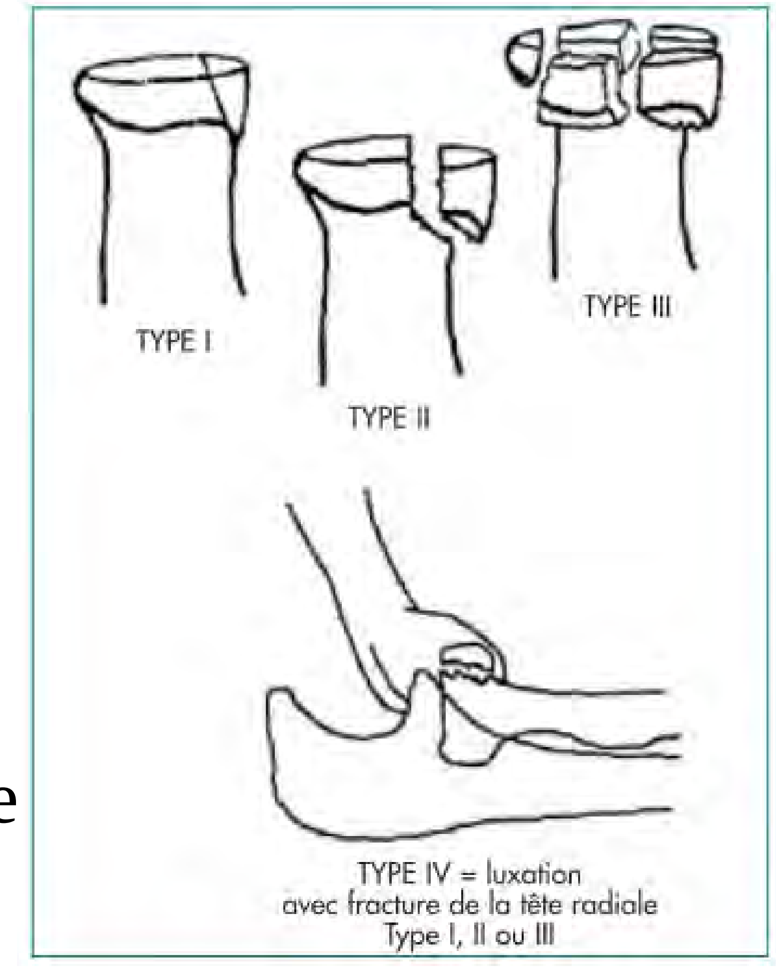


CLASSIFICATION DE MASON modifiée par MORREY

Type I: fissure ou fracture sectorielle non déplacée

Type II: fracture sectorielle marginale déplacée (enfoncement et/ou séparation)

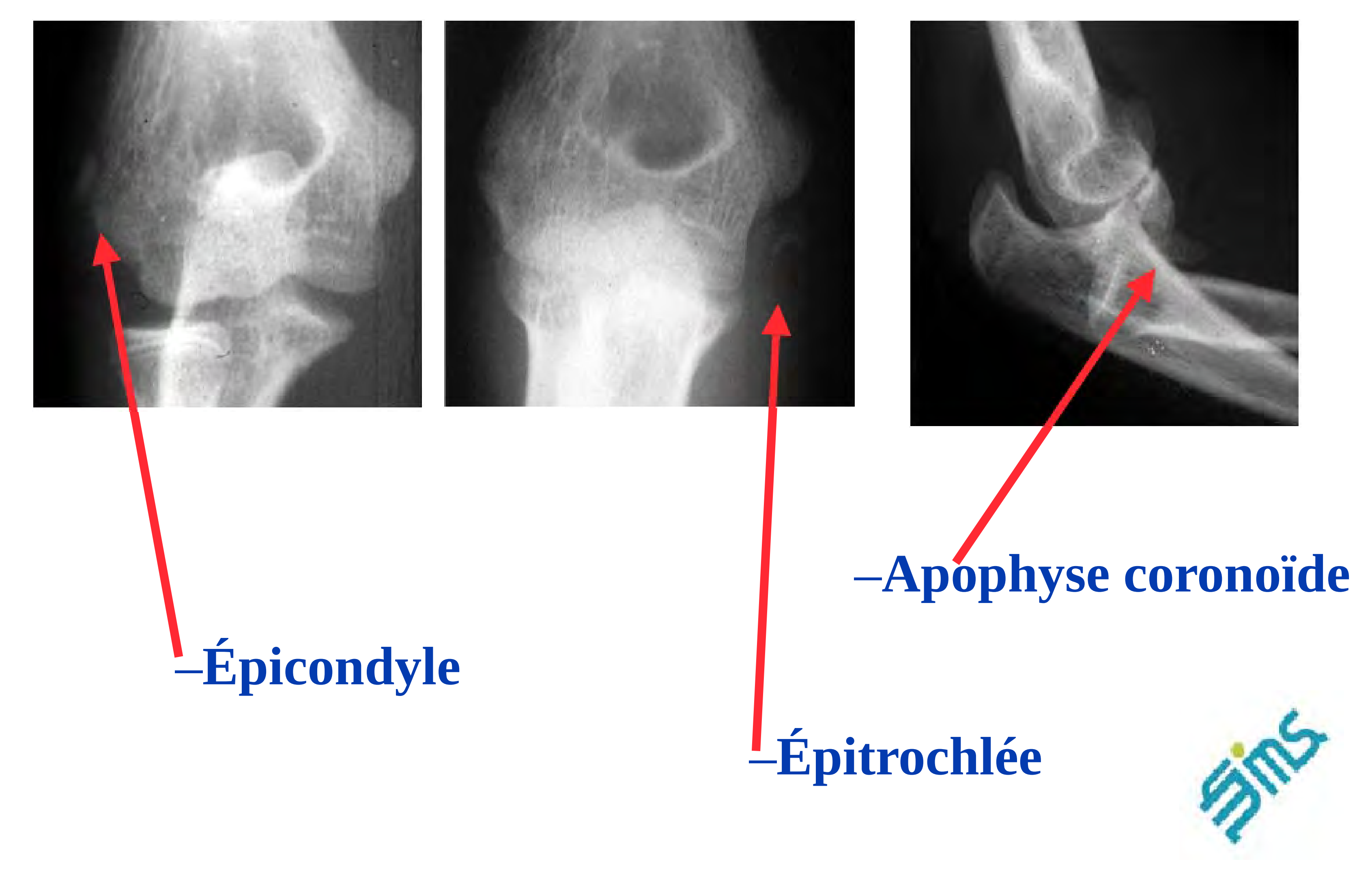
- Type III: fracture comminutive



lésions associées

- Les lésions associées sont essentiellement ligamentaires Int
- l’association d’une fracture de la tête radiale à une luxation du coude est fréquente.
- Enfin, les fractures de la tête radiale peuvent être associées à des lésions de la membrane inter-osseuse avec luxation de l’articulation radio-ulnaire distale réalisant le syndrome d’Essex-Lopresti.

LÉSIONS ASSOCIÉES



Évolution - Pronostic

- **Évolution favorable**
- La consolidation est rapide en trois à quatre semaines.
- **2. Complications**

a) Précoces

- **Outre l’infection et l’hématome postopératoire, rares, la complication iatrogène la plus fréquente**

est l’atteinte de la branche postérieure du nerf radial.

b) Secondaires

- **La complication la plus fréquente est la raideur**

Traitement

- ***a) Traitement fonctionnel***

Immobilisation antalgique de quelques jours, puis rééducation précoce pour lutter contre la raideur.

- ***b) Chirurgical***
- – Réduction et ostéosynthèse par mini-vis .
- – Résection simple de la tête radiale.
- – Arthroplastie par prothèse .

Indications

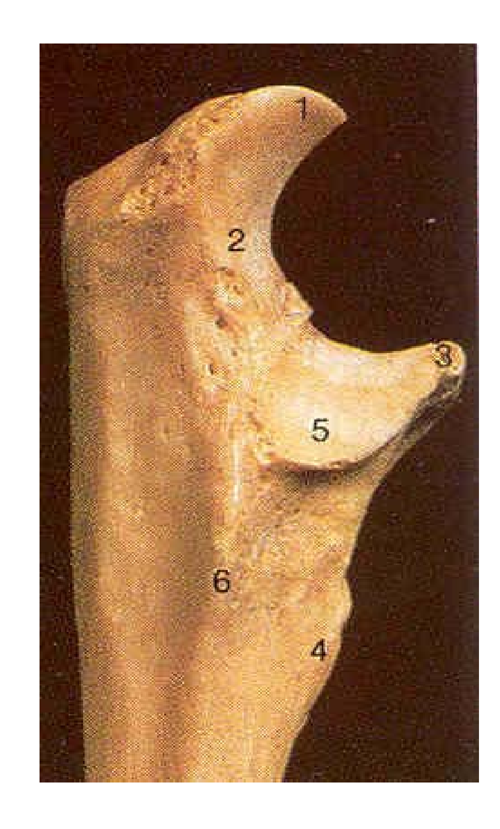
- ***a) Types I : traitement fonctionnel.***
- ***b) Types II : réduction et ostéosynthèse.***
- ***c) Type III : résection ou arthroplastie***







FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'ULNA (CUBITUS)



Généralités

- fréquentes sont les fractures de l'olécrâne
- le plus souvent simples.
- rarement intégrées dans un tableau plus complexe de fracture-luxation de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras.
- Le diagnostic est simple.
- Le traitement est quasiment toujours chirurgical, avec de bons résultats

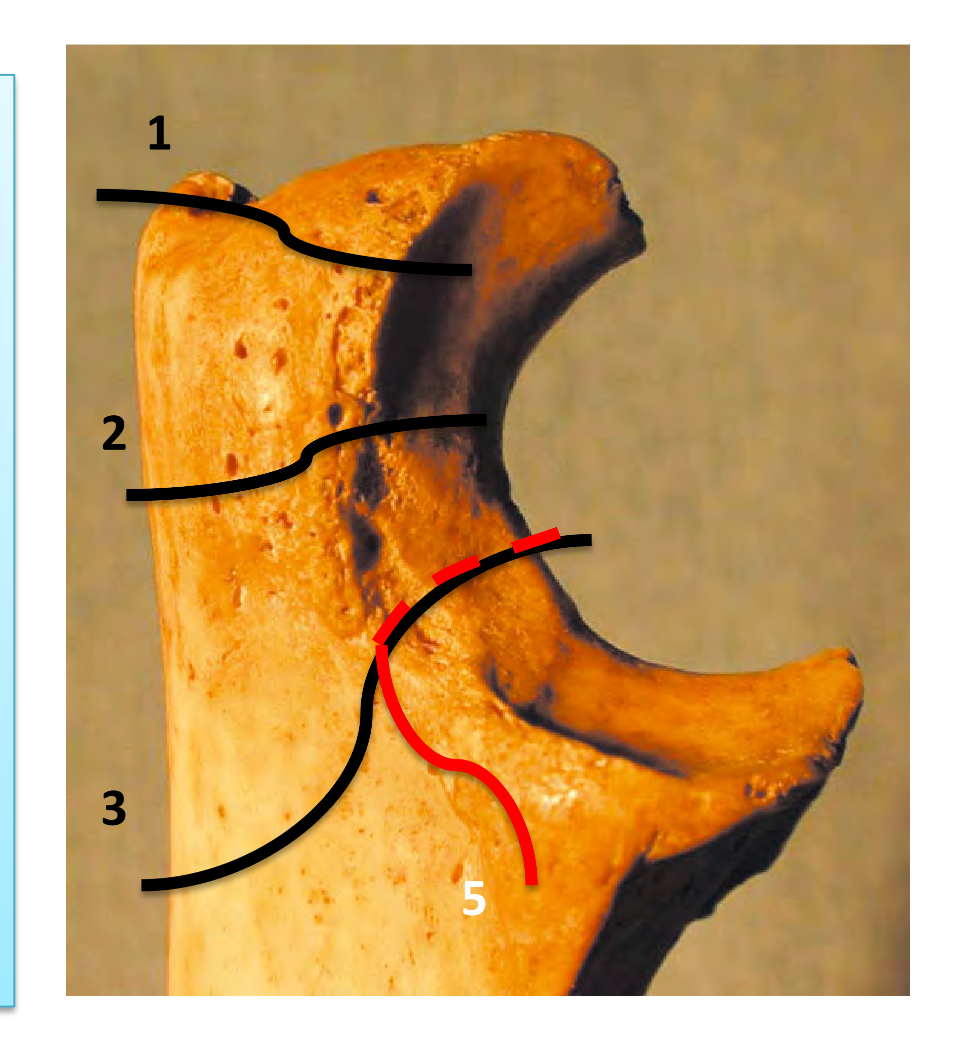
ANATOMOPATHOLOGIE

Classification de Merle D'Aubigné

- Fracture du bec de l'olécrane
- Fracture de la partie moyenne
- Fracture de la base

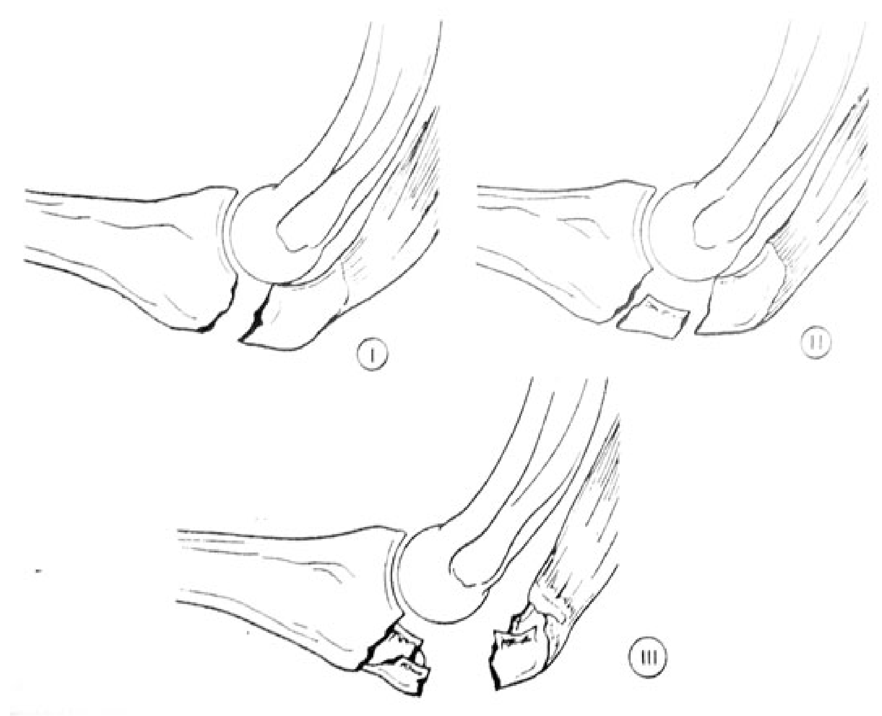
associations possibles

Bifocale , olécrano-coronoïdienne

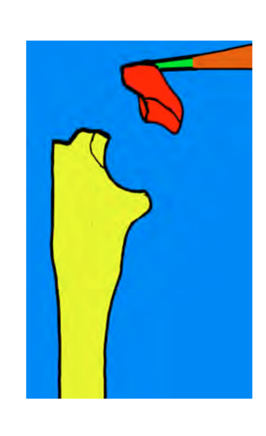


Classification de Duparc
(Olécrane)

Type I : Fr séparation
Type II : séparation enfoncement
Type III : Fr complexe



Diagnostic



- **1. Clinique**

traumatismes directs sur coude fléchi.

Le déplacement est aggravé par le triceps.

clinique, on trouve un gros coude douloureux.



- **Les lésions vasculo-nerveuses sont exceptionnelles.**
- **fréquence des fractures ouvertes.**

2. Examens *Radiographiques :* face profil font le diagnostic.

Radiologie

- Fracture de la partie moyenne
  - fracture articulaire
  - déplacement important

- Fractures comminutives
  - les plus difficiles à réparer



Traitement Orthopédique

Pour les fractures non déplacées , immobilisation par une attelle de 03 semaines puis mobilisation.

Consolidation 6 à 8 semaines.



Traitement Chirurgical

- Le traitement chirurgical à type de réduction ostéosynthèse peut faire appel à de multiples systèmes de synthèse :

  cerclage simple, cerclage-haubannage, vis (pour les fractures simples)

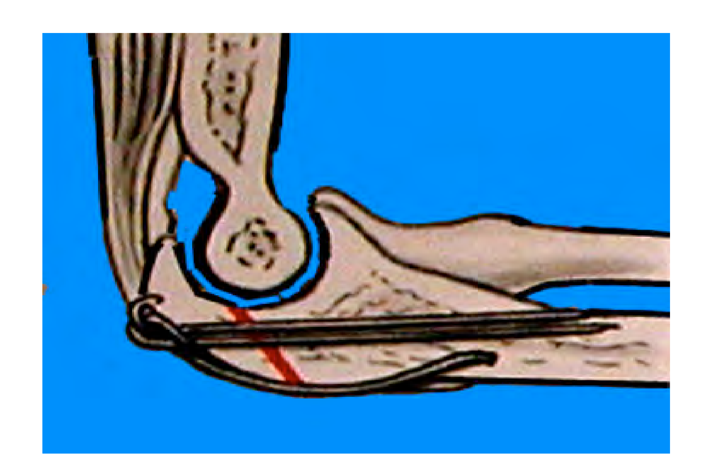
- plaque vissée pour les fractures plus complexes.

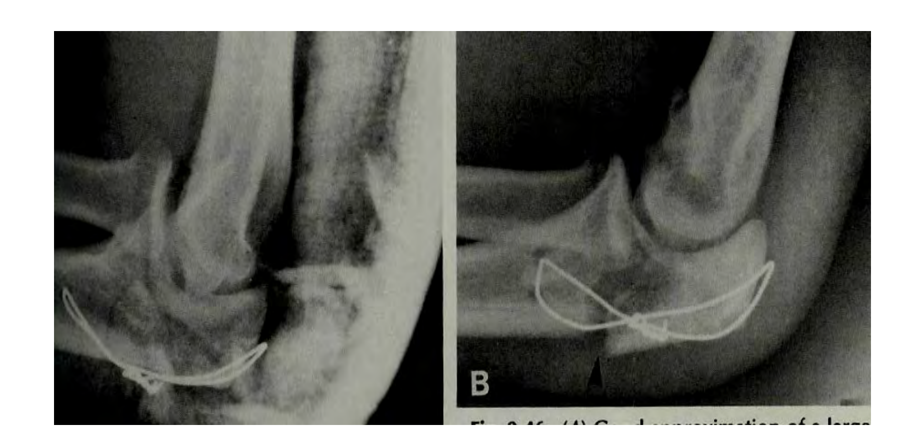
  Le but en est de pouvoir entreprendre une rééducation précoce










B